

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS**

---

ANNEE 1967

**THÈSE** N° **347**

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Claude DOUCHE née RENOUEARD-ROSSAT

le 24 avril 1938 à Vichy (Allier)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

---

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

---

ETUDE SYSTEMATIQUE  
DE LA PATHOLOGIE DE L'OEIL SAIN EN APPARENCE  
NON DOULOUREUX AVEC ACUTE VISUELLE CONSERVEE

---

Président : M. G. OFFRET, Professeur,

---

**ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS**

---



**FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS**

---

ANNEE 1967

# **THÈSE**

N°

POUR LE

## **DOCTORAT EN MÉDECINE**

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude DOUCHE née RENOARD-ROSSAT

le 24 avril 1938 à Vichy (Allier)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

---

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

---

ETUDE SYSTEMATIQUE

DE LA PATHOLOGIE DE L'OEIL SAIN EN APPARENCE

NON DOULOUREUX AVEC ACUITE VISUELLE CONSERVEE

---

Président : M. G. OFFRET, Professeur,

---

**EDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS**

---



## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M<sup>lle</sup> J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1<sup>er</sup> ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON

2<sup>e</sup> ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

## I. — PROFESSEURS

## 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

| a) Professeurs titulaires :                                       | MM.                     |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                | DELMAS (A.)             |
| — . . . . .                                                       | HUARD (P.)              |
| Anatomie et cytologie pathologiques . . . . .                     | DELARUE (J.)            |
| Anesthésiologie . . . . .                                         | VOURC'H (G.)            |
| Bactériologie et virologie . . . . .                              | TOURNIER (P.)           |
| Biochimie médicale . . . . .                                      | JAYLE (M.-F.)           |
| — . . . . .                                                       | POLONOVSKI (J.)         |
| — . . . . .                                                       | DESGREZ (P.)            |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports . . . . . | MALMEJAC (J.)           |
| Biologie médicale . . . . .                                       | FAUVERT (R.)            |
| Biophysique médicale . . . . .                                    | BUGNARD (L.)            |
| — . . . . .                                                       | DOGNON (A.)             |
| — . . . . .                                                       | DJOURNO (A.)            |
| Cancérologie expérimentale . . . . .                              | MATHÉ (G.)              |
| Chimie pathologique . . . . .                                     | SCHAPIRA (G.)           |
| Génétique fondamentale . . . . .                                  | LEJEUNE (J.)            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .              | COURY (Ch.)             |
| Histologie et Embryologie . . . . .                               | TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) |
| — . . . . .                                                       | COUJARD (R.)            |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                          | BOYER (J.)              |
| Médecine du Travail . . . . .                                     | DESOILLE (H.)           |
| Médecine légale, Droit médical et déontologie . . . . .           | DEROBERT (L.)           |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) . . . . .              | FASQUELLE (R.)          |
| Parasitologie . . . . .                                           | N...                    |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                 | LAURENCE (G.)           |
| — . . . . .                                                       | KUSS (R.)               |
| — . . . . .                                                       | VERNE (J.-M.)           |
| Pathologie exotique . . . . .                                     | BRUMPT (L.-C.)          |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                    | MERKLEN (F.-P.)         |
| Pathologie médicale . . . . .                                     | LAROCHE (Cl.)           |
| — . . . . .                                                       | BRICAIRE (H.)           |
| — . . . . .                                                       | PÉQUIGNOT (H.)          |
| Pathologie respiratoire . . . . .                                 | TURIAF (J.)             |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                   | MAURICE (P.)            |
| Pharmacologie . . . . .                                           | BOISSIER (J.-R.)        |
| — . . . . .                                                       | LECHAT (P.)             |
| Physiologie . . . . .                                             | BARGETON (D.)           |
| — . . . . .                                                       | PARROT (J.)             |
| Physiologie et pathologie obstétricales . . . . .                 | LEPAGE (F.)             |
| Radiologie médicale . . . . .                                     | DESGREZ (H.)            |

|                                                             |                      |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                             | MM.                  |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale . . . . . | N...                 |
| Thérapeutique . . . . .                                     | LAMOTTE (M.)         |
| Thérapeutique appliquée . . . . .                           | N...                 |
| b) Professeurs à titre personnel :                          |                      |
| Anatomie . . . . .                                          | CABROL (Ch.)         |
| Anatomie anthropologique . . . . .                          | OLIVIER (G.)         |
| Anatomie pathologique . . . . .                             | NEZELOF (Ch.)        |
| Bactériologie . . . . .                                     | BARBIER (P.)         |
| Biochimie médicale . . . . .                                | DREYFUS (J.-Cl.)     |
| Biologie médicale . . . . .                                 | BOURLIÈRE (F.)       |
| Parasitologie . . . . .                                     | LARIVIÈRE (M.)       |
| Pathologie expérimentale . . . . .                          | LOEPER (J.)          |
| Physiologie . . . . .                                       | { DEJOURS (P.)       |
|                                                             | { SCHERRER (J.)      |
|                                                             | { KELLERSHOHN (L.)   |
| Physique médicale . . . . .                                 | { GOUGEROT (L.)      |
|                                                             | { ROUCAYROL (J.-Cl.) |
|                                                             | { TUBIANA (M.)       |
| Radiologie médicale . . . . .                               | FISCHGOLD (H.)       |

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

|                                                                             |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| a) Professeurs titulaires :                                                 | MM.                                      |
| Clinique carcinologique . . . . .                                           | DENCIX P.                                |
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . .                     | REDON (H.)                               |
| Clinique cardiologique (Broussais) . . . . .                                | SOULIÉ (P.)                              |
| — — (Boucicaut) . . . . .                                                   | LENÈGRE (J.)                             |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                                            | { Beaujon . . . . . LORTAT-JACOB (J.-L.) |
|                                                                             | { — . . . . . BAUMANN (J.)               |
|                                                                             | { Cochin . . . . . LEGER (L.)            |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu . . . . . PATEL (J.)        |
|                                                                             | { Saint-Antoine . . . . . GOSSET (J.)    |
|                                                                             | { Salpêtrière . . . . . SICARD (A.)      |
|                                                                             | { Tenon . . . . . OLIVIER (Cl.)          |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) . . . . .    | MERLE d'AUBIGNÉ (R.)                     |
| — — — (Foch) . . . . .                                                      | PADOVANI (P.)                            |
| — — — (Beaujon) . . . . .                                                   | CAUCHOIX (J.)                            |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) . . . . . | FÈVRE (M.)                               |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . . . .               | DUBOST (Ch.)                             |
| Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) . . . . .                        | MATHEY (J.)                              |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis) . . . . .                             | DUPERRAT (F.)                            |
| Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . .                                 | DECOURT (J.)                             |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . . . . .                  | LAMY (M.)                                |
| Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) . . . . .                    | HUGUIER (J.)                             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) . . . . .     | DEGOS (R.)                               |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) . . . . .               | TURPIN (R.)                              |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . . . . .               | MOLLARET (P.)                            |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . . . . .    | DELAY (J.)                               |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) . . . . .                         | BERNARD (J.)                             |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . . . . .            | CASTAIGNE (P.)                           |
| Cliniques médicales . . . . .                                               | { Bicêtre . . . . . DEPARIS (M.)         |
|                                                                             | { Broussais . . . . . MILLIEZ (P.)       |
|                                                                             | { Cochin . . . . . N...                  |
|                                                                             | { Hôtel-Dieu . . . . . BARIÉTY (M.)      |
|                                                                             | { Pitié . . . . . DREYFUS (G.)           |
|                                                                             | { Saint-Antoine . . . . . CONTE (M.)     |
|                                                                             | { Saint-Antoine . . . . . KOURILSKY (R.) |
|                                                                             | { Saint-Antoine . . . . . BOUDIN (G.)    |

|                                                                                    |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)                                  | DEBRAY (Ch.)         |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)                 | MARIE (J.)           |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais)                                        | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.)           |
| Clinique néphrologique (Necker)                                                    | HAMBURGER (J.)       |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)                                                | DAVID (M.)           |
| Clinique neurologique (Salpêtrière)                                                | GARCIN (R.)          |
| Cliniques obstétricales                                                            | LACOMME (M.)         |
| { Baudelocque                                                                      | MERGER (R.)          |
| { Saint-Antoine                                                                    | VARANGOT (J.)        |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)                                | OFFRET (G.)          |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)                                              | BREGAT (P.)          |
| — (Cochin)                                                                         | AUBRY (M.)           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)                                   | MOZZICONACCI (P.)    |
| Clinique de pédiatrie (Trousseau)                                                  | THIEFFRY (S.)        |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)                   | BROUET (G.)          |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)                                          | MICHAUX (L.)         |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)                              | COSTE (F.)           |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)                              | SÈZE (S. de)         |
| Clinique de rhumatologie (Lariboisière)                                            | DECHAUME (M.)        |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière)                                              | ROUX (M.)            |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)                                    | LEMAIRE (A.)         |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)                                    | GAULTIER (M.)        |
| Clinique toxicologique (F. Widal)                                                  | JUDET (R.)           |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)                             | ABOULKER (P.)        |
| Clinique urologique (Cochin)                                                       | COUVELAIRE (R.)      |
| — (Necker)                                                                         | LAPLANE (R.)         |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)                             | DOMART (A.)          |
| Séméiologie médicale (A. Chantin)                                                  | BOUVRAIN (Y.)        |
| — (Lariboisière)                                                                   | RAMBERT (P.)         |
| — (Pitié)                                                                          | WOLFROMM (R.)        |
| — (Rothschild)                                                                     | POILLEUX (F.)        |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)                                  |                      |

#### b) Professeurs à titre personnel :

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Hématologie                | ANDRÉ (R.)       |
|                            | BOUSSER (J.)     |
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.)    |
| Maladies infectieuses      | BASTIN (R.)      |
|                            | AZERAD (E.)      |
|                            | BOUR (H.)        |
|                            | CAROLI (J.)      |
|                            | DREYFUS (B.)     |
|                            | GROSSIORD (A.)   |
| Médecine                   | LAMBLING (A.)    |
|                            | LAUNAY (Cl.)     |
|                            | PAYET (M.)       |
|                            | PERRAULT (M.)    |
|                            | SIGUIER (F.)     |
|                            | WORMS (R.)       |
| Néphrologie                | RICHTER (G.)     |
| Neuro-chirurgie            | LE BEAU (J.)     |
| Neurologie                 | LHERMITTE F.     |
| Neuro-psychiatrie          | PICHOT (P.)      |
| Oto-Rhino-Laryngologie     | MADURO (R.)      |
|                            | POLONOVSKI (Cl.) |
| Pédiatrie                  | ROYER (P.)       |
|                            | KREIS (B.)       |
| Pneumo-Phtisiologie        | MEYER (A.)       |
| Rhumatologie               | DELBARRE (F.)    |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                             | MM                                              |                             | MM.                            |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Anatomie pathologique . . . | GOUYBOU (Ch.)                                   | Maladies infectieuses . . . | DUPONT (V.)                    |
| Bactériologie . . . . .     | CHRISTOL (D.)                                   | Neuro-psychiatrie . . . .   | TARDIEU (G.)                   |
| Biochimie médicale . . . .  | { CARTIER (P.)<br>GONNARD (P.)<br>NORDMANN (J.) | Pédiatrie . . . . .         | ROSSIER (A.)                   |
| Biologie médicale . . . . . | HARTMANN (L.)                                   | Physique médicale . . . .   | { COURSAGET (J.)<br>GREMY (F.) |
| Chirurgie . . . . .         | CERBONNET (G.)                                  | Physiologie . . . . .       | GIRARD (Fr.)                   |
| Hématologie . . . . .       | BILSKI-PASQUIER (G.)                            | Stomatologie . . . . .      | CHAPUT (M <sup>me</sup> A.)    |

## III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Bactériologie . . . . .           | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale . . . . . | RUDLER (J.) Pr. s. ch.   |

## IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

|                                             |               |
|---------------------------------------------|---------------|
| Hormonologie . . . . .                      | MORICARD (R.) |
| Statistique médicale et épidémiologique . . | SCHWARTZ (D.) |

|                                                           |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté . . . . .                | M. LENA (J.)                                                                              |
| Conseiller administratif . . . . .                        | Mlle CHAINTREUIL (G.)                                                                     |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .               | { M. le Docteur HAHN (A.)                                                                 |
| Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . |                                                                                           |
| Conservateurs . . . . .                                   | { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),<br>LE NOIR (G.)                                      |
| Bibliothécaires . . . . .                                 | { Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),<br>Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A mes parents.

Avec toute ma reconnaissance et mon  
affection.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41544304\\_0033](https://archive.org/details/IA41544304_0033)

A mon mari,



A tous les miens.

et à tous mes amis.



A Monsieur le Professeur G. OFFRET.

Professeur de la clinique Ophtalmologique à la Faculté  
de Médecine de Paris.

Ophtalmologiste des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre  
profonde gratitude.



A Monsieur le Docteur René BIDEAU.

Médecin-Chef de Service à l'Hôpital Départemental de  
Nanterre.

Qui depuis plusieurs années nous accueille dans son service et nous a donné le sujet de cette thèse.

Il nous a toujours fait profiter de son enseignement vivant et de son expérience.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre attachement et de notre respectueuse reconnaissance.



A Monsieur le Docteur Jean VOISIN.

Professeur au Collège de Médecine.

Ophthalmologiste des Hôpitaux de Paris.

Nous tenons à le remercier pour l'aide précieuse qu'il nous apportée dans ce travail. Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement bienveillant qu'il nous a toujours prodigué dans son service.



A Monsieur le Docteur Maurice AUDRY.

Médecin-Chef de service à l'Hôpital Départemental de  
Nanterre.

Il m'a accueillie avec bienveillance dans  
son service pendant près d'un an. Qu'il  
trouve ici l'expression de ma gratitude.



A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

En remerciement pour leur enseignement  
au cours de mon Externat.

Monsieur le Docteur D. MOREL FATIO.

Monsieur le Professeur J.B. BOUVIER.

Monsieur le Professeur P. MORIN.

Monsieur le Docteur D. BOUTTIER.

Monsieur le Professeur J. VIALATTE.

Monsieur le Professeur C. MACREZ.



## P L A N

### I - Segment antérieur.

#### A - Conjonctive

- Trachome
- conjonctivite angulaire
- conjonctivite printanière (forme palpébrale)

#### B - Cornée

- certaines kératites interstitielles
- certaines kératites disciformes
- cornea guttata

#### C - Uvée

- iridocyclites
- tumeurs mélaniques de l'iris
- mélanosarcomes de la choroïde

#### D - Cristallin

- certaines cataractes congénitales
- début des cataractes séniles (forme coronaire)

### II - Segment postérieur

#### A - Vitré

- Opacités - corps flottants

#### B - Rétine

- affections générales à retentissement oculaire
  - hypertension artérielle
  - diabète



- phacomatoses
- affections sanguines
- rétinite pigmentaire
- décollement de rétine
- rétinite de Jensen
- thromboses artérielle et veineuse.

C - Nerf optique

- papillite
- oedème papillaire.

III - Troubles pupillaires

- signe d'Argyll
- syndrome de Claude Bernard

IV - Vision binoculaire.

- diplopie
- hétérophorie

V - Corps étrangers intra-oculaires méconnus.

VI - Glaucome.

Conclusion.



## INTRODUCTION

Une simple prescription de verres procurant une acuité visuelle normale peut suffire au malade.

Un fond d'oeil peut suffire au généraliste, mais l'ophtalmologiste lui ne peut faire qu'un examen ophtalmologique complet.

Dans notre étude nous nous proposons de révéler l'importance de l'examen permettant de déceler des lésions ou des troubles fonctionnels dont rien n'avait trahi l'existence, pas même une acuité visuelle défectueuse ou une hyperhémie conjonctivale modeste. Il faut aussi se méfier de l'illusion trompeuse d'une acuité visuelle normale après correction de l'amétropie.

Parmi les affections oculaires (et nous n'avons retenu que les plus fréquentes) nous avons relevé celles qui pourraient tromper un observateur inattentif, c'est-à-dire celles qui, au début ou au cours de leur évolution, ne se manifestent par aucun symptôme objectif et présentent une acuité visuelle normale après correction.

Nous étudierons les affections oculaires plan par plan de la cornée au pôle postérieur.

Chaque fois qu'il nous sera possible de le faire nous présenterons des observations soit relevées dans la littérature soit dues à l'obligeance du Docteur VOISIN.

Nous excluons de notre étude les exophtalmies et les affections oculaires survenant dans un contexte neurologique évident.



## SEGMENTS ANTERIEURS

### LES AFFECTIONS DE LA CONJONCTIVE

se marquent essentiellement par un "oeil rouge", néanmoins certaines conjonctivites peuvent être inapparentes et en premier lieu lorsqu'il s'agit du trachome.

En effet, "le début du TRACHOME est presque toujours insidieux et torpide passant inaperçu pendant plus ou moins longtemps" (Nataf).

A la période de début, et tant qu'il n'existe pas de lésion cornéenne, les lésions conjonctivales sont latentes. Le sujet n'accuse qu'une sensation de corps étranger, qu'une légère photophobie. En pays d'endémie trachomateuse c'est l'examen systématique de la conjonctive à la loupe puis au biomicroscope qui permet le diagnostic. La conjonctive est lisse, brillante, au niveau du tarse les glandes de Meibonius s'étirent en longues grappes, striant le tarse dans sa hauteur. Il peut même déjà exister des follicules trachomateux.

A la période cicatricielle seul l'examen de la conjonctive tarsienne permet de porter un diagnostic rétrospectif devant la "ligne d'Artl" autour de laquelle rayonnent de petites lignes cicatricielles.

Dans une récente enquête POLYCHRONAKOS D. (Arch. Opht. Janv. Févr. 1964) a mis en évidence le rôle du "Ministère de la prévoyance" et l'importance du dépistage dans la lutte antitrachomateuse. A Athènes, en 1922, les cas de trachome comparés à l'ensemble des maladies oculaires représentaient 25 %. En 1960, ils ne représentent plus que 0,97 % dans cette même ville, et 0,34 % à Salonique.

Parmi les autres conjonctivites nous ne ferons que citer :

- la CONJONCTIVITE A DIPLOBACILLE DE MORAX d'évolution chronique avec des poussées subaiguës.



Au cours de cette affection les signes fonctionnels sont peu marqués, certaines formes minimales peuvent même passer inaperçues. L'examen biomicroscopique de la conjonctive, du cul de sac inférieur et des angles met en évidence : un fin piqueté rouge provoqué par l'épanouissement de la néovascularisation. La preuve étiologique est apportée par la découverte du germe.

Le diagnostic de CONJONCTIVITE PRINTANIERE est pratiquement impossible sans l'examen de la conjonctive tarsienne, siège presque exclusif des signes en dehors des poussées.

Observation :

Mlle M... Annie, 26 ans vient consulter pour prescription de verres

V O D 10/10 avec légère correction

V O G 10/10

L'interrogatoire révèle l'existence de poussées que la malade intitule "conjonctivites" et pour lesquelles elle n'a jamais consulté. L'examen rapide de la conjonctive bulbaire et des culs de sac inférieurs ne révèle aucune anomalie. Par contre le biomicroscope permet de voir des papilles hyperplasiées serrées les unes contre les autres et prenant la forme de pavés au niveau de la conjonctive tarsienne. Une enquête allergologique est alors entreprise.

Les TUMEURS DE LA CONJONCTIVE siègent avec prédilection au limbe, sur la caroncule, dans les culs de sac supérieurs ; ces dernières peuvent fort bien passer inaperçues sans l'examen de la conjonctive tarsienne :

il s'agit soit de kystes, soit de papillomes.

Quant aux tumeurs naéviqes c'est l'examen au biomicroscope qui précisera :

- le degré de pigmentation,
- la distribution vasculaire,
- l'extension de la tumeur,

évoquant ainsi la malignité.



### PARMI LES AFFECTIONS DE LA CORNEE,

nous n'insisterons pas sur les cicatrices après ulcères : "les NEPHELIONS", petites taies qui, situées en périphérie, n'entraînent aucun trouble visuel.

A son début la KERATITE INTERSTITIELLE est une découverte biomicroscopique car les signes fonctionnels sont très discrets. Il existe un trouble limité à la périphérie ou au centre sous forme de petits foyers nummulaires. Puis les signes s'accroissent, le trouble augmente en intensité et en surface. Le diagnostic devient plus évident.

De même les KERATITES DISCOFORMES ont une expression fonctionnelle minime en comparaison de l'importance des signes physiques au biomicroscope.

L'épaississement de la cornée sous la forme d'un disque central à bords flous n'est appréciable qu'à la lampe à fente.

Parmi les DYSTROPHIES CORNEENNES acquises nous citerons la Cornea Guttata, lésion bénigne sénile de l'endothélium cornéen n'entraînant aucun trouble de la fonction visuelle.

Parmi les DYSTROPHIES PARENCHYMEUSES HEREDITAIRES les deux plus fréquentes : Groenow type I et dystrophie grillagée restent muettes sur le plan fonctionnel pendant très longtemps. Cependant dès le début on peut faire le diagnostic par l'examen au Javal, l'éclairage oblique et le biomicroscope.



Au cours des IRIDO CYCLITES CHRONIQUES les troubles subjectifs sont très minimes et au début le malade ne s'inquiète pas. De même l'infection péricératique, l'hyperhémie de l'iris sont discrètes, voire absentes.

L'examen à la lampe à fente permet de découvrir de gros précipités en "taches de bougie" sur la Descemet, des synéchies postérieures, des nodules de grosseur variable à la surface et dans le parenchyme irien.

L'examen de l'angle par la gonioscopie découvre l'existence de pigments et surtout de synéchies de taille et de forme variables.

#### Observation :

Ainsi M. L... Léon, 52 ans, qui vient consulter le 9.5.1966 pour l'apparition d'un voile devant l'oeil droit apparu progressivement depuis 4 jours

|           |      |
|-----------|------|
| V O D + 1 | 9/10 |
| V O G + 1 | 9/10 |

L'examen à la lampe à fente révèle au niveau de l'O D : impression de plis descemetiques, discret Tyndall, pigmentation circulaire sur la cristalloïde antérieure correspondant au contour de l'iris (sans notion de traumatisme).

Parmi les IRIDOCYCLITES NON INFLAMMATOIRES de cause endogène, nous citerons les iridocyclites nodulaires tuberculeuses, syphilitiques (actuellement très rares). Les iridocyclites au cours de la maladie de Besnier Boeck Schaumann sont presque toujours bilatérales, ne s'accompagnent pas de signes fonctionnels et l'injection péricératique est très légère.

Les premiers jours d'une IRIDOCYCLITE AIGUE peuvent ne pas être évocateurs : le malade se plaint d'une légère photophobie, d'un peu de larmoiement. Au biomicroscope on pourrait déjà constater de fins précipités sur la Descemet, un léger Tyndall. De toute façon les signes fonctionnels vont être très rapidement évocateurs.



LES TUMEURS DE L'IRIS qu'elles soient bénignes ou malignes ne s'accompagnent à leur début d'aucun symptôme fonctionnel. C'est l'apparition des complications (iridocyclite, hypertonie oculaire) qui attirera l'attention du malade et de son médecin.

En illustration nous rapporterons le cas présenté par ZANEN à la Société Belge d'ophtalmologie de 1958 :

"Au cours d'un examen oculaire pour réfraction d'une femme de 42 ans on découvre une formation irienne brunâtre de l'oeil droit. Interrogée sur la date d'apparition de cet amas pigmentaire la patiente ne peut donner de précision n'ayant jamais elle-même remarqué cette anomalie.

V O D      10/10

V O G      10/10

Champ visuel normal. Un examen sous dilatation met en évidence une masse noire de la grosseur d'un grain de mil, masse siégeant dans la région ciliaire et bordée par une fine cuticule hémisphérique du côté du vitré. A la gonioscopie on constate que la formation atteint l'angle camérulaire et qu'une fine ligne pigmentée siège au niveau du trabéculum irien. Devant cet aspect d'un mélanome du corps ciliaire avec ébauche du mélanome circulaire de l'iris nous proposons l'énucléation.

A l'examen anatomopathologique il s'agissait d'un mélanome malin du corps ciliaire composé suivant l'appellation de Callender de cellules de type fusiforme A, fusiforme B et du type épithélioïde.



LES CHOROIDITES TUBERCULEUSES entraînent des troubles visuels à peine perceptibles, même si les lésions sont étendues, qu'il s'agisse de granulations miliaires, d'un tubercule solitaire ou de la choroïdite disséminée chronique.

Nous citerons l'observation d'une choroïdite chez un homme de 61 ans dont l'étiologie n'a malheureusement pas été retrouvée :

Le 5.12.1966 M.M... René vient consulter pour prescription de lunettes de près

V O D + 1            10/10

V O G + 1,25        10/10

au F O D : papilles à bords nets, petite tâche blanc grisâtre mal limitée juste en dedans de la macula entourée de plusieurs autres tâches grises.

au F O G : papilles à bords nets, tâche blanche au-dessous de la papille, de même diamètre que celle-ci dans un angle vasculaire. Nombreuses petites tâches d'un blanc transparent le long des vaisseaux temporaux et nasaux supérieurs.

Le 20.2.1967

le F O D est inchangé

le F O G : la lésion est plus petite et commence à prendre un aspect cicatriciel.

Nous insisterons plus particulièrement sur les TUMEURS DE LA CHOROÏDE qu'il s'agisse de mélanomes bénins : lésion unilatérale isolée plate nettement délimitée, ou d'un mélanosarcome.

"Il est rare en effet que le début du sarcome choroïdien se manifeste par un trouble visuel." (GUILLAUMAT).



Après l'étude de 42 cas de mélanomes malins BLAGOJEVIC a trouvé deux fois une acuité visuelle de 8/10 et, une fois 7/10. De même en 1963 JENSEN sur 210 cas de mélanomes malins a trouvé 2 % de cas où le champ visuel et l'acuité visuelle étaient normaux. D'autre part, parmi les tumeurs oculaires malignes, les tumeurs de la choroïde représentent 84 % (RAGU-MIKLIMA et PIROGOV dans V E S T N Oftal. 1962). Nous voyons ainsi l'importance du fond d'oeil qui, à lui seul permet déjà de soupçonner le diagnostic devant un soulèvement de la rétine de coloration non homogène à la surface duquel il peut exister des hémorragies, des foyers de dégénérescence, des amas lipidiques. Devant cet aspect évocateur il importe de rechercher les petits signes cliniques et surtout de pratiquer tous les examens qui permettront d'affirmer le diagnostic : sensibilité cornéenne, tension oculaire, diaphanoscopie, biomicroscopie du fond d'oeil, recherche de la mélanurie, phosphore radioactif, voire même ultrasonographie.



Parmi les CATARACTES CONGENITALES, nombreuses sont les formes qui n'entraînent aucun trouble de la fonction visuelle ou une baisse de 1 à 2/10 au maximum. Certaines, comme la cataracte polaire antérieure sont bien visibles à l'oeil nu sous la forme d'une petite tâche blanche dans la pupille. Cette cataracte est relativement fréquente puisque STOCKLIN en 1957 l'a trouvée deux fois en examinant 209 enfants normaux. Elle s'observe en général dans un oeil qui est par ailleurs complètement normal.

D'autres comme la cataracte stellaire ne sont visibles qu'à l'éclairage latéral après dilatation maximale et sont même parfois une découverte d'examen à la lampe à fente.

Au début des CATARACTES SENILES le malade se plaint de troubles divers : photophobie, halo lumineux autour des lumières avec une acuité visuelle relativement bien conservée. A l'éclairage latéral, et surtout à la lampe à fente après dilatation on découvre les modifications séniles du cristallin.



## SEGMENTS POSTERIEURS

Les OPACITES FLOTTANTES DU VITRE sont ressenties par le malade comme des impressions de mouches volantes et bien souvent ne causent pas de baisse notable de l'acuité visuelle.

Dans son rapport à la Société d'ophtalmologie de PARIS en Novembre 1936, GALLOIS rapporte le cas "d'un confrère de 44 ans qui se plaignait de la sensation récente d'une mouche volante périphérique."  
A l'examen il découvre : "un minuscule flocon vitréen en regard d'un tout petit amas pigmenté pris en fourche dans une bifurcation équatoriale de l'artère nasale supérieure : petit foyer de chorioretinite absolument isolé sans évolution pendant deux ans.



Un des grands intérêts du fond d'oeil est de pouvoir préciser les LESIONS RETINIENNES AU COURS DES AFFECTIONS GENERALES.

C'est en effet par l'étude des vaisseaux rétiniens que l'ophtalmologiste pourra apprécier le retentissement circulatoire de la maladie. D'autre part un fond d'oeil fait au cours d'un examen ophtalmologique peut permettre la découverte d'une hypertension artérielle ou d'un diabète. Ces lésions rétiniennes du moins à leur début et dans les formes classiques n'entraînent aucun trouble visuel. Comme BREGEAT l'a dit dans son rapport à la Société d'ophtalmologie en 1956 : " l'acuité visuelle ne présente aucun parallélisme avec l'aspect ophtalmoscopique ; elle peut être normale là où les exsudats d'une image en étoile respectent la macula.

Au cours de l'HYPERTENSION ARTERIELLE les lésions prédominent sur les artères. Les anomalies du croisement artério veineux sont très importantes et comportent plusieurs degrés. Le long des vaisseaux et proches des croisements se disposent les hémorragies et les exsudats de forme et de taille variables. Les premiers troubles visuels coïncident en général avec l'apparition de l'oedème.

VOGELIUS (British journal of opht. 1950 N°34) a examiné 124 personnes dont le tension artérielle était normale et l'artériosclérose marquée. Parmi les malades de 40 - 50 ans il a relevé quelques cas de faibles irrégularités de calibre des artères rétiniennes et de faibles changements des croisements artério veineux. Par contre au-dessus de 60 ans, ces changements augmentent en degrés et en fréquence et il existe de nombreuses artères rétrécies.



Très silencieuse sur le plan fonctionnel la CAPILLAROSE PERIPHERIQUE est une découverte d'examen ophtalmologique : la rétine est semée de points jaunes arrondis siégeant de préférence à la périphérie. La fonction visuelle tant centrale que périphérique est parfaitement conservée.

"Un grand nombre de RETINOPATHIES DIABETIQUES ont été découvertes à la suite d'un examen systématique chez des sujets se sachant diabétiques mais ne se plaignant pas d'une baisse de l'acuité visuelle" (Mme AUVERT thèse PARIS 1950).

Il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de la rétinopathie et l'importance du trouble visuel. Sur 14 cas unilatéraux Mme AUVERT a relevé trois fois une acuité de 9/10 et quatre fois une acuité de 10/10. Parmi les affections oculaires des diabétiques, les rétinopathies représenteraient 24 % (KOZIMA dans Acta. Soc. opht. de 1963). On voit ainsi la nécessité de faire un fond d'oeil systématique tous les ans chez les diabétiques. Si la découverte a lieu au début de la maladie on peut noter l'existence de petites hémorragies de très petites dimensions siégeant plutôt au pôle postérieur. De petits exsudats existent également sur tout le fond d'oeil peut être en plus grand nombre autour de la macula. Avec l'évolution les hémorragies deviennent plus nombreuses les exsudats plus volumineux. Mais il n'existe jamais d'oedème et les artères sont toujours normales.

Les PHACOMATOSES n'ont pas à leur début d'expression fonctionnelle et c'est là aussi, bien souvent, au cours d'un examen fortuit que l'on découvre au fond d'oeil une angiomatose de VON HIPPEL, un anévrysme cirsoïde de la rétine une rétinite de Coats. Ces dernières cependant entraînent rapidement une baisse importante de l'acuité visuelle.

Pour VAN DER HOEVE, dans la sclérose tubéreuse de Bourneville, le phacome s'observerait dans 30 % des cas ; il apparaîtrait tardivement. Et à moins de localisations maculaires ces lésions n'entraînent pas de conséquences fonctionnelles en particulier sur l'acuité visuelle.



Parmi les AFFECTIONS GENERALES à retentissement oculaire nous citerons enfin les hémopathies.

BONNET dans son rapport à la Société Française d'Ophtalmologie de 1947 a particulièrement insisté sur la nécessité de faire un fond d'oeil de façon systématique à tous les leucémiques. Il n'existe en effet aucun rapport entre l'importance des altérations rétinienne et la baisse de l'acuité visuelle. L'élément le plus constant retrouvé au fond d'oeil est la pâleur rétinienne en rapport avec l'anémie, les hémorragies en "canoé" seraient considérées comme typiques.

M. K... Mohamed, 46 ans, nous est adressé pour bilan chez un leucémique.

V O D            10/10

V O G            10/10

Au F O les papilles sont normales. Il existe une dilatation veineuse, une sclérose artérielle et quelques hémorragies punctiformes.

Les autres maladies sanguines ont également un retentissement sur la circulation rétinienne.

Ainsi :

M. L... Raymond 49 ans nous est adressé pour maladie de Biermer

V O D + 0,50        10/10

V O G                10/10

au F O D : hémorragie prépapillaire en nappe du côté nasal  
à 2 diamètres papillaires en dessous et en dehors une petite  
flaque hémorragique

au F O G : du côté temporal près de la papille deux flaques hémorragiques.



Mlle D... Monique, 18 ans, nous est adressée pour purpura thrombopénique

V O D (0 ° - 0,50) 10/10

V O G (0 ° - 0,75) 10/10

au F O papilles normales  
à droite une hémorragie péripapillaire sur le méridien horizontal.

L'acuité visuelle peut rester un certain temps conservée DANS LA RETINITE PIGMENTAIRE. Le sujet pouvant être simplement gêné à la tombée du jour. Cette cécité nocturne est le symptôme fonctionnel capital. Dans le rapport sur la vision nocturne en 1950 JAYLE fait état sur 18 malades dont 15 cas typiques de rétinite pigmentaire, de 4 cas où l'héméralopie subjective était la première manifestation de l'affection. Le fond d'oeil et l'électrorétinogramme viendront apporter la preuve définitive de ce diagnostic. Au fond d'oeil la papille est pâle, cireuse, atrophique, les vaisseaux rétiniens sont filiformes, à la périphérie sont disséminés des amas pigmentaires dont la forme rappellent les ostéoblastes. Lélectrorétinogramme est caractéristique dans la rétinite pigmentaire typique.

Le DECOLLEMENT DE RETINE peut dans certains cas et à la période de début ne se traduire que par un trouble visuel vague : torpeur rétinienne gênant particulièrement à la demi obscurité. Les désinsertions à l'ora sous forme d'arcs simples ou multiples seraient parmi les décollements ceux qui entraînent le moins de troubles fonctionnels et dont le repérage serait le plus difficile.

Par un examen systématique de l'ora serrata SCHEPENS a découvert sur 59 yeux un décollement périphérique qui ne causait ni symptôme fonctionnel, ni déficit du champ visuel. Dans 22 cas il existait une déchirure.

Le décollement de rétine peut même être une découverte d'examen de routine chez un grand myope telle l'observation rapportée par FRANCOIS et VERRIEST.



Mlle D... A. Agée de 18 ans est atteinte d'une myopie bilatérale grave avec choroïdose prononcée. - Le 9.1.1954 lors d'un examen de routine en vue d'une vérification de la réfraction on constate à l'oeil gauche une déchirure rétinienne à 6 heures. La rétine n'est pas soulevée mais elle présente au niveau de son tiers inférieur quelques plis et quelques amas pigmentaires.

|       |                       |               |
|-------|-----------------------|---------------|
| V O D |                       | à droite - 11 |
|       | 7/10 après correction |               |
| V O G |                       | à gauche - 14 |

LA RETINITE JUXTA PAPILLAIRE DE JENSEN n'entraîne pas, au début, de déficit de la fonction visuelle.

GIROD et MARIN en ont présenté 2 observations :

#### 1ère OBSERVATION

V O D et V O G est de 10/10

au F O droit choroïdité cicatricielle parapapillaire vers le méridien de 1 heure

F O gauche normal

c'est le champ visuel qui montre une encoche discrète temporale inférieure de l'isoptère 3/II avec élargissement de la tache aveugle.

#### 2e OBSERVATION

|       |                   |
|-------|-------------------|
| V O D | 10/10 avec - 0,50 |
| V O G |                   |

au F O choroïdite cicatricielle parapapillaire sur le méridien de 4 heures.



Ce sont en effet d'une part au fond d'oeil : l'existence d'une plage blanche exsudative parapapillaire et d'autre part, au champ visuel un déficit en secteur triangulaire prenant son point de départ à la tâche aveugle, qui feront le diagnostic.

L'ARRET DE LA CIRCULATION ARTERIELLE DE LA RETINE par oblitération de l'artère centrale est un accident bruyant dramatique au point de vue visuel. Il requiert un traitement d'urgence. Néanmoins deux formes cliniques particulières ne se traduisent pas par une gêne visuelle importante.

- L'oblitération de l'artère centrale en cas d'existence d'une artère cilio rétinienne - BAILLART fait état d'un certain nombre d'observations où en dépit de l'oblitération du tronc une vision maculaire ou paramaculaire était conservée. L'examen du fond d'oeil explique cette particularité en montrant l'existence d'une artère cilio rétinienne assurant l'irrigation de la zone maculaire.
- L'oblitération d'une branche où les signes fonctionnels sont beaucoup moins évidents et dépendent de la localisation.

Mme T... Camille, 58 ans, vient consulter le 23.8.1966 pour impression de brouillard

V O D      10/10

V O G      10/10

F O D    papille normale  
          sclérose artérielle importante

F O G    sur l'artère temporale juste au-dessus de la papille segment d'un demi diamètre papillaire blanc brillant évoquant une thrombose  
          La rétine temporale semble un peu plus pâle.

De même les thromboses des petites artérioles sont souvent muettes au point de vue fonctionnel sauf lorsqu'elles intéressent la région maculaire.



De la même façon LES THROMBOSES DES BRANCHES DE LA VEINE CENTRALE, et en particulier la thrombose de la veine nasale, peuvent passer inaperçues car elles n'intéressent pas la macula. Au fond d'oeil on constate des hémorragies en flaqes punctiformes ou en flammèches disposées le long de la veine intéressée. Et un examen soigneux met généralement en évidence le point veineux où siège la thrombose.

Mme B... Hélène, 56 ans, vient consulter le 15.11.1966 pour impression de "fil noir" devant les yeux

V O D + 1,25            10/10

V O G + 1,25            9/10

F O D normal

F O G thrombose veineuse d'une branche de la temporale inférieure.

Quelques hémorragies et exsudats

Artères brillantes.



A LA PERIODE DE DEBUT DES OEDEMES PAPILLAIRES nombreux sont les malades qui n'accusent aucun trouble subjectif alors même qu'il existe au fond d'oeil un flou des bords de la papille. Comme l'a dit BREGEAT dans son rapport de 1956, en cas de syndrome fonctionnel "d'oedème pur", l'acuité visuelle est intacte jusqu'à une période avancée de l'évolution. Lorsqu'il s'agit d'oedème papillaire pur de cause neurologique intracranienne l'acuité visuelle est normale au moins dans les stades précoces (stade I et II) - BREGEAT a constaté 53,5 % d'acuités normales.

Au cours des oedèmes accompagnés, la baisse importante de l'acuité visuelle est un symptôme classique, néanmoins BREGEAT signale des cas de conservation relative de l'acuité visuelle, ou même une conservation absolue lorsque l'atteinte du faisceau maculaire est épargné en totalité ou en partie par le processus lésionnel.

---



TROUBLES PUPILLAIRES

A moins de faire partie d'un syndrome traumatique et de s'accompagner de lésions des organes essentiels les TROUBLES PUPILLAIRES ne s'accompagnent pas de troubles de l'acuité visuelle. Le malade peut venir consulter pour une gêne à la lumière, pour une fatigue voire une impossibilité de lecture. Dans le premier cas on peut constater une mydriase unie ou bilatérale et il faudra alors s'attacher à retrouver sa cause ; dans le deuxième cas, il s'agit d'une pupille tonique d'Addie dont la signification est discutée, le pronostic bénin de toutes façons.

Nous insisterons davantage sur l'importance de la découverte d'un signe d'Argyll Robertson ou d'un syndrome de Claude Bernard Horner soit au cours d'un examen systématique, soit lors d'un examen demandé par le généraliste.

Devant un myosis bilatéral avec abolition du reflexe photo moteur et conservation de la contraction des pupilles à la vision de près, on se doit de rechercher une syphilis des centres nerveux. Ce signe peut revêtir des aspects atypiques, se rencontrer dans d'autres affections que la syphilis mais sa recherche reste toujours d'importance au cours de tout syndrome neurologique.

De même la découverte d'un syndrome de Claude Bernard Horner (myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, enophtalmie) doit faire rechercher la cause au voisinage du trajet du sympathique cervical homolatéral.



## VISION BINOCULAIRE

La DIPLOPIE sans déviation oculaire évidente est un trouble souvent très mal analysé par le malade qui se plaint de vision floue, ou d'une baisse de l'acuité visuelle. La vision monoculaire est normale, c'est alors qu'il faut étudier la vision binoculaire. Le simple test au verre rouge permet de dissocier les images fournies par les deux yeux : il donne le caractère homonyme ou croisé de la diplopie. Le Lancaster ou le Hess Lees pourront préciser : l'importance de l'atteinte du muscle paralysé et l'action des antagonistes et des synergiques.

Nous ne citerons que l'observation de :

M. B... Jean, 33 ans, venu consulter pour trouble visuel depuis un accident      quelques mois auparavant

V O D      10/10      s c

V O G      10/10      s c

F O D G normal,  
motilité oculaire extrinsèque normale,  
au verre rouge il existe une diplopie croisée.

L'HETEROPHORIE réalisant un état d'équilibre forcé, engendre un certain nombre de signes fonctionnels, du type d'asthénopie banale et que seul un examen systématique pourra rattacher à sa cause.

Comme le dit Mme BRAUN VALLON dans son rapport de 1948, "il s'agit souvent d'amétropes légers ou de presbytes mal soulagés par leur correction qui font changer leurs verres fréquemment, consultent successivement



plusieurs ophtalmologistes, ne sont jamais satisfaits jusqu'au jour où un examen complet décèle le trouble oculomoteur qui pourra ainsi être traité". Un geste simple suffit : le test à l'écran. La découverte d'une telle anomalie est d'importance car le seul traitement orthoptique apporte le soulagement au malade.

Mlle L... Monique, 19 ans, se plaint de fatigue visuelle après une lecture prolongée.

V O D - 1 - 10/10

V O G - 0,75 - 10/10

Au test à l'écran il existe une exophorie importante dans la vision rapprochée.

De même les INSUFFISANCES DE CONVERGENCE n'ont aucun rapport avec la correction de l'amétropie et sont responsables de bien des maux chez les malades porteurs de cette anomalie. Leur découverte et leur traitement orthoptique apporte le soulagement souhaité.



CORPS ETRANGERS INTRA-OCULAIRES MECONNUS

L'EXISTENCE DE CORPS ETRANGER intraoculaire peut très bien être ignorée du malade. La porte d'entrée minime est passée inaperçue et sa présence est longtemps bien supportée n'entraînant aucune altération ni fonctionnelle ni objective.

Mme AUVERT a rapporté le cas d'un corps étranger intraoculaire méconnu pendant 40 ans.

D'après WALLEZ et WANNEBROUCQ sur 200 cas de corps étrangers métalliques 25 n'ont pu être diagnostiqués que tardivement, un à huit ans après l'accident.

La tolérance du corps étranger dépend de sa nature et de sa localisation, mais sa persistance peut entraîner des conséquences redoutables pour la fonction visuelle, telle la chalcose ou la sidérose.

---



GLAUCOME

Le GLAUCOME justifie à lui seul la nécessité de prescription de verres de lunettes par les ophtalmologistes. Innombrables sont en effet dans la littérature les glaucomes chroniques découverts par des examens systématiques. C'est une maladie grave qui aboutit très souvent à la cécité et pendant de nombreuses années, bien souvent, il n'existe ni signe fonctionnel, ni baisse de l'acuité visuelle.

Comme l'a dit ETIENNE dans son rapport en 1961 : "la détermination de l'acuité visuelle dans le glaucome est habituellement considérée comme une exploration non significative sinon trompeuse : et l'atteinte de l'acuité visuelle est un signe extrêmement tardif, contemporain des amputations périmétriques ultimes.

Récemment LAVERGNE et DUBOIS (Liège) ont fait une enquête sur les fonctions visuelles maculaires dans le glaucome à angle ouvert débutant ; 24 sujets ont ainsi été soumis à différents tests interrogeant principalement la région centrale du champ visuel. Des résultats obtenus ils ont pu conclure que dans le glaucome à angle ouvert débutant l'acuité visuelle photopique n'était pas modifiée.

La prise de tension oculaire systématique à l'âge moyen de la vie est le seul examen permettant le diagnostic d'hypertonie méconnue.

Parmi 1967 employés d'une grande entreprise BERTELSEN et DAVANGER ont découvert 1,4 % de glaucome simple parmi les sujets de plus de 40 ans.

De son côté, PERKINS sur 2.000 sujets examinés a dépisté 32 cas de glaucome simple, soit 1,6 %.



Nous citerons enfin SEGOL de LODZ qui sur 11.342 sujets de plus de 40 ans a trouvé 94 cas de glaucome simple, soit 0,82 % et FROUTHOPOULOS, qui sur 4.000 sujets examinés a mis en évidence 105 cas de glaucome simple, soit 2,62 %.

Ces pourcentages ont été obtenus dans des conditions très différentes mais nous pensons qu'ils sont néanmoins, quant à leur signification, comparables.

Ceci a conduit certains auteurs (BOOMLA) à considérer tout homme de plus de 40 ans comme un glaucomateux en puissance.

Pour notre part, nous pensons qu'il suffit de prendre la tension oculaire chez tout sujet venu chercher des lunettes de presbytes.

---



### CONCLUSION

Après l'étude de ces 40 maladies au cours desquelles l'acuité visuelle était restée normale et où l'oeil semblait indemne, nous pouvons nous demander quel peut être le pourcentage d'affections découvertes par un examen systématiquement complet.

Dans une statistique, présentée dans les Archives Hospitalières de 1944 sur 500 malades pris à la suite, M. GALLOIS a trouvé :

- 6 cas de capillarite ischémique rétinienne avec une acuité de 10/10
- 1 cas de dégénérescence rétinienne sénile du pôle postérieur avec une acuité de 10/10
- 7 cas de précapillarité avec une acuité de 10/10
- 3 cas d'hémorragie rétinienne avec une acuité de 10/10
- 1 cas de rétinite diabétique
- 7 cas de glaucome confirmé avec une acuité de 10/10
- 4 cas de corps flottants dans le vitré
- 4 cas d'iritis
- 13 cas de chorioretinite
- 1 cas de rétinite pigmentaire
- 80 cas de cataracte évolutive ou d'opacités du cristallin dont 49 étaient des découvertes d'examen : 34 fois avec acuité de 2/3 et 8 fois avec 10/10
- 5 cas d'inégalité pupillaire.



- Entre 1946 et 1947, G.H. JONKERS DE ROTTERDAM (Ophtalmologica 135 de 1958), sur 8700 malades qui n'avaient consulté l'ophtalmologiste que pour des troubles légers de l'acuité visuelle a trouvé :

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| - Anneau de Fleisher          | 1  |
| - Syndrome de Horner          | 4  |
| - Syndrome d'Argyll           | 3  |
| - Syndrome d'Addie            | 1  |
| - Cataracte myotonique        | 1  |
| - Cataracte diabétique        | 1  |
| - Dégénérescence du vitré     | 12 |
| - Décollement du vitré        | 2  |
| - Choroïdite séreuse centrale | 1  |
| - Oedème de la papille        | 1  |
| - Glaucome                    | 25 |
| - Hétérophorie                | 66 |
| - Faiblesse d'accomodation    | 20 |
| - Rétinoschisis               | 3  |

- Au 46e Congrès de la Société Ophtalmologique italienne, B. BOLES, CARENINI et M. ZINGIRIAN ont présenté un relevé statistique des affections oculaires ignorées et découvertes fortuitement à l'occasion d'un examen de la réfraction.

Parmi 4.185 yeux examinés, 1.529 affections oculaires ignorées auparavant ont été découvertes soit 33,8 % des yeux examinés.

Ces mêmes auteurs considèrent que la prescription d'une paire de lunettes est un procédé des plus complexes qui comporte des connaissances d'optique, d'anatomie, de physiopathologie et surtout de clinique oculaire.



- Récemment dans le service d'Optalmologie de l'Hôpital Lariboisière sur 500 malades pris à la suite et venus consulter pour prescription de verres, nous avons relevé :

|                                               |   |
|-----------------------------------------------|---|
| - Sclérose vasculaire                         | 9 |
| - Glaucome chronique                          | 6 |
| - Remaniement maculaire                       | 5 |
| - Rétinite diabétique                         | 4 |
| - Diplopie                                    | 4 |
| - Exophorie et insuffisance<br>de convergence | 4 |
| - Hémorragie rétinienne                       | 3 |
| - Hémianopsie latérale homonyme               | 2 |
| - Signe d'Argyll                              | 1 |
| - Syndrome de Cl. Bernard                     | 1 |
| - Scotome central                             | 1 |
| - Stase papillaire                            | 1 |
| - Hypertension artérielle<br>Stade II         | 1 |



Au terme de cette étude nous croyons avoir pu démontrer :

- qu'un examen ophtalmologique ne se résume pas à une simple réfraction. Certes elle est utile et même nécessaire, mais elle doit s'intégrer dans un tout : fond d'oeil , champ visuel, lampe à fente, sensibilité cornéenne, gonioscopie, motilité extrinsèque, etc...

- qu'à notre époque, où se multiplient les dépistages systématiques (radiographie pulmonaire, examens biologiques divers, médecine du travail) il est bon de profiter de la nécessité de porter des lunettes vers 50 ans pour faire un examen ophtalmologique complet.

De même qu'à l'âge scolaire de nombreux dépistages conduisent à l'examen ophtalmologique des enfants, de même à la cinquantaine un tel dépistage pourrait être fait à l'occasion de la première paire de lunettes.

Ainsi seraient sûrement décelées des affections oculaires (certaines graves, nous l'avons vu) qui, prises à leur stade de début pourraient être traitées plus facilement et plus rapidement.

En conséquence un tel examen ne peut être fait que par un médecin qui est seul qualifié pour pratiquer une exploration totale de l'oeil, et réduit à néant les prétentions et revendications des opticiens et optométristes.



Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. G. OFFRET

M. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer  
le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE



BIBLIOGRAPHIE

AUVERT B.

De la rétinopathie diabétique thèse PARIS 1950

AUVERT B. et VOISIN J.

Corps étrangers orbitaire méconnu et décollement de rétine.  
Rapport à la S.O.P. Oct. 1965

BAILLART P.

Affections vasculaires de la rétine.  
DOIN Ed. PARIS 1953

BAILLART P. et BAILLART J.P.

Etude clinique de la thrombose artérielle.  
Rapport du Congrès International de la thrombose artérielle.  
ROYAT 6-8 Juin 1953

BECHGAARD P.

Examen ophtalmoscopique de 500 personnes présentant une hypertension artérielle ancienne.  
BRITISH J. Ophtal. Juillet 1950

BERGSTRAND H.

Modifications vasculaires de l'oeil dans l'hypertension artérielle  
Acta pathol. microbiol. Scand. 1948 N° 1 et 2 (98-106)

BERTELSEN T. et DAVANGER M

Measurement of the intraocular pressure (Schiotz) and slit lamp examination of the personnal of a larger business. Laegeforen  
1965 85/5 (449-453)

BLAGOJEVIC M.

Diagnostic des mélanomes malins de la choroïde. Arch. Opht.  
Dec. 1962 22 N° 8 (785-798)



BOLES CARENINI B. et ZINGIRIAN

Relevé statistique des affectations oculaires ignorées et découvertes à l'occasion d'un examen de réfraction.  
Rapport à la S.O. Ital. Avril 1962

BONNET P.

Altération de la rétine en rapport avec les affections générales  
Rapport à la S.F. Opht. 1947

BONNET P.

Le signe de préthrombose observé sur les vaisseaux de la rétine dans l'hypertension artérielle. Arch. Opht. 1951 II N° 1 12-34.

BOOMLA F.

Discussion sur l'ophtalmologie préventive. Practionner Av. 1966  
196 N° 1174 574-575

BRAUN-VALLON S.

Les Hétérophories.  
Rapport à la St Opht. Paris, Juillet 1948.

BREGEAT P.

L'oedème papillaire  
Rapport à la S.F. Opht. 1956

BREGEAT P. et CALVET

La kératite disciforme.  
Bull. Méd. Août 1949 - 377.

DAVIES C.

Treatment of convergence insufficiency.

DESVIGNES P.

Le glaucome - Etudes critique sur les hypertensions oculaires.  
Masson Ed. Paris 1960.

ENNEMA M.C. et ZEEMAN W.P.C.

Oblitérations veineuses de la rétine. Ophtalmologica Déc. 1953  
126 N° 8 329-347.



ETIENNE et OURGAUD

Exploration de l'oeil glaucomateux.  
Rapport à la S.F.O. de 1961

FRANÇOIS J.

Diagnostic des mélanomes malins de la choroïde  
Ophtalmologica 1966 151 N° 1 (114 - 134)

FRANÇOIS J.

Cataractes congénitales Masson Ed. 1959

FRANÇOIS J. et VERRIEST G.

Les fonctions visuelles dans les dégénérescences tapéto rétiniennes  
Bibliotheca ophtal. supplementa fasc. 43 :1946

FRANÇOIS J. et VERRIEST G.

Les fonctions visuelles dans le décollement de rétine  
Annal. Ocul. Fév. 1955

FRIEDENWALD J.S.

La rétinopathie diabétique.  
J. A. M. A. 1952 15 N° 1 (969-971)

FRONTMOPOULOS J., COFINAS H. et LAMBROU N.

La découverte passive du stade initial du glaucome simple.  
Klin. Monatsbel. Augenh. 1965 146 N° 3 (416-419)

GALLOIS J.

Le symptôme corps flottant.  
Bull. Soc. Ophtal. Paris Nov. 1936

GALLOIS J.

La sécurité trompeuse des acuités visuelles normales.  
Arch. Hosp. N° 13-14 Juil. 1944

GUILLAUMAT L.

Traité d'ophtalmologie MASSON ED.

JAYLE G.E. et OURGAUD A.G.

La vision nocturne.  
Rapport S. F. O. 1950



JONKERS G.H.

Troubles pathologiques rencontrés dans les consultations ophtalmologiques parmi 8.700 malades. Ophtalmologica Fév. 1958 135 N° 2 87-90)

KOSIMA M.

Studies on ocular manifestations especially rétinopathy in diabetic patients. Acta Soc. Ophtal. Jan. 1963 (257-276)

LAVERGNE G., DUBOIS J. et LEKEUX M. (Liège)

Les fonctions visuelles maculaires dans le glaucome à angle ouvert débutant.

MAWAS

Les tumeurs de la rétine irienne.  
Bull. Soc. Opht. FR Janv. 1963

MICHAUD P.H.

Manifestations ophtalmologiques des états prédiabétiques  
Thèse Lyon 1963

NATAF

Le trachome. Ed. MASSON

PAUFIQUE L., BLANC et ETIENNE

Cornea guttata familiale  
Rapport à la Soc. Opht. de Lyon, Déc. 1949.

PERKINS E.S.

Le dépistage du glaucome dans un dispensaire public.  
Bristish Méd. J. 13 Fév. 1965 N° 5432 (417-419)

POLIKRONAKOS D.

Résultats statistiques de vingt ans de certaines affections oculaires. Arch. Opht. Janv. Fév. 1964 24 N° 1. (19-22).

PORTALIER F.

Contributions à l'étude des complications rétiniennes tardives dues aux corps étrangers intraoculaires non extraits. Thèse Bordeaux 1963.



RAVAULT et BONNET M.

Tumeurs mélaniques de la choroïde.  
Rapport à la Soc. Opht. de Lyon Janv. 1963.

RAZUMIKHINA M.P. et PIROGOV M.I.

Malignant tumours of the eye - (from the records of the eye diseases clinic for 1951-1959). - Vestn. Ophtal. 1962 3 (60-61)

SEGOL P. et SKWIERCZINSKA J.

Les résultats de l'examen prophylactique pour le glaucome.  
Polski, Tigod, Lek, 1966 21 N° 17 (617-620)

SHEPENS

Examen de la région de l'ora serrata son utilité clinique  
Annal. Ocul. 1951 t. 184

VAN DER HOEVE

Augengeschwülste bei der tuberosen Hunschlerose  
Nerven Graefes Arch. Ophtal. 1921.

VELTER E.

Les pupilles dans les affections neurologiques médicales.  
Rapport à la 17<sup>e</sup> réunion neurol. internationale annuelle  
Paris 31 Mai - 1 Juin 1938

VOGELIUS H.

The ophtalmoscopical appearance of the fundus oculi in elderly persons with artériosclérosis and normal blood pressures British J. Opht. Juil. 1950 34 7

ZANEN

Mélanome malin de l'iris et du corps ciliaire  
Bull. Soc. Opht. Belge 1958 N° 117 (538-553)





